

Salas de Recuperação Pós-Anestésica

José Roberto Nocite, EA[¶]

A história das Salas de Recuperação remonta a época anterior à própria descoberta da anestesia. Com efeito, o primeiro documento escrito sobre o assunto é provavelmente o plano de expansão da Enfermaria de Newcastle (Inglaterra) publicado em 1801, o qual previa a existência, ao lado da sala de operações, de cinco salas menores contendo dois leitos cada, reservadas para pacientes em estado crítico ou recém-submetidos a cirurgias de maior vulto². Curiosamente, um leito em cada uma destas salas destinava-se ao paciente em condição crítica; o outro era ocupado, à noite, por uma enfermeira ou por outro paciente em fase de convalescença mas em bom estado geral, que atuava com uma enfermeira. Deve-se registrar a sagacidade da direção deste hospital ao reconhecer, há quase duzentos anos, que o paciente no período pós-operatório necessita de observação e cuidados especiais, ainda que prestados, por força de várias circunstâncias, por pessoal não especificamente treinado.

Com o advento da anestesia, juntaram-se aos problemas inerentes à cirurgia, aqueles oriundos da transição entre o estado de anestesia e o estado em que o paciente tem recobradas não apenas a consciência mas todas as condições para manter sua homeostasia sem auxílio externo. Assim, principalmente a partir do início deste século, os grandes hospitais europeus e norte-americanos passaram a contar com salas onde os pacientes recém-operados eram segregados e observados durante a fase de emergência da anestesia. São raros, entretanto, os relatos sobre objetivos e normas de conduta nestas salas. Foi em 1942 que se utilizou pela primeira vez o termo "Sala de Observação Pós-anestésica", no Hospital St Mary, de Rochester (USA); dois anos mais tarde os responsáveis por esta sala publicavam seus objetivos específicos, a estratégia para alcançá-los e sua experiência inicial com 4253 pacientes admitidos durante o ano de 1943³.

Desde então foram inúmeros os progressos transferidos para as Salas de Recuperação Pós-anestésica e muitas delas chegaram a constituir verdadeiros Centros de Terapia

Intensiva antes mesmo do advento destes. Mas duas características permaneceram constantes: 1-a responsabilidade intransferível do anesthesiologista pela avaliação continuada do paciente em fase de recuperação pós-anestésica; 2-a atuação de Enfermagem especializada, capaz de detectar rapidamente alterações na evolução clínica do paciente e tomar as primeiras providências enquanto chama pelo médico responsável.

É óbvio que a organização e a manutenção de uma Sala de Recuperação Pós-anestésica acarretam ônus para o hospital. Mais de uma vez ouvimos de colegas anesthesiologistas espalhados por este imenso país, as dificuldades que encontram para implantar um serviço desta natureza em seus hospitais, para convencer a respectivas direções hospitalares dos dividendos que esta prática traz consigo ao longo do tempo. Talvez o problema esteja inserido num contexto mais amplo, qual seja o do próprio modo de encarar a saúde por parte das elites dirigentes (em qualquer nível) brasileiras. A saúde - em todos os seus aspectos - é o bem maior do homem. Em 1801 os ingleses "descobriram" a importância destas salas para a recuperação - e portanto a preservação da saúde - de paciente submetidos a procedimentos cirúrgicos. Em 1982, há brasileiros - e, o que é pior, exercendo cargos executivos na área da saúde - que ainda não estão convencidos disto, pelo menos enquanto não vêm a saúde de um familiar depender dos cuidados dispensados nestas salas. . .

Dois frentes de atuação devem ser abertas no sentido de prover nossos hospitais de Salas de Recuperação Pós-anestésica com bom desempenho; a) conscientização acadêmica dos anesthesiologistas formados nos Centros de Ensino e Treinamento da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, da importância do estudo dos efeitos residuais de anestésicos e drogas coadjuvantes no período de recuperação pós-anestésica, bem como das condutas profiláticas e terapêuticas; b) diálogo constante entre o anesthesiologista e os mais diversos escalões de comando hospitalares - diretor clínico, chefia de Enfermagem, administrador, diretor hospitalar, etc. Todos devem aprender que o paciente operado tem hoje direito aos cuidados especiais na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Este direito está consubstanciado em pareceres de juristas de renome, como é o caso de Fischer na América do Norte, cujos conceitos abaixo transcritos sobre Sala de Recuperação Pós-anestésica são admiráveis, especialmente levando-se em consideração que foram emitidos por um leigo em Medicina¹:

"A função desta sala é proporcionar cuidados altamente especializados, bem como observação dedicada e freqüente, a pacientes que estão sob influência da anestesia. Eles permanecem nesta sala até recobrem a consciência e até que seus organismos recobrem as funções normais.

¶ *Chefe do Serviço de Anestesia e Responsável pelo CET-SBA da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto. Assistente do Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Catanduva, SP.*

*Correspondência para José Roberto Nocite
Caixa Postal 707
14100 Ribeirão Preto, SP*

Recebido em 13 de abril de 1982

Aceito para publicação em 09 de julho de 1982

© 1982, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

A parada respiratória não é uma ocorrência rara na Sala de Recuperação Pós-anestésica e portanto o pessoal que nela trabalha, deve estar permanentemente alerta no sentido de proteger o paciente nesta situação vulnerável. As enfermeiras estão nesta sala com o propósito de reconhecer prontamente qualquer problema ventilatório, cardiovascular ou hemorragia. Espera-se que elas tomem medidas corretivas e/ou chamem por ajuda prontamente. Nenhum médico discorda do princípio de que o paciente está mais sujeito a crises após a operação do que na própria sala cirúrgica, onde sua ventilação está sob controle. Nestas

condições, é minha opinião que esta é a sala mais importante dentro de um hospital, e aquela na qual o paciente requer maior atenção pelo perigo potencial onipresente. Este risco consciente acarreta, na minha opinião, um alto grau de responsabilidade do hospital para com o paciente. Como o perigo ou o risco está sempre presente, não pode haver relaxamento na vigilância para se atender aos padrões de cuidados nela requeridos. O exame minucioso e atenção sempre presente, são requisitos para o trabalho nesta sala, e o paciente tem todo o direito de esperar por eles."

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fischer T L – Responsibility for care in recovery rooms. Can Med Assoc J 102: 78 - 79, 1970.
2. Little Jr. D M – Classical File. Survey of Anesthesiology 23: 140 - 142, 1979.
3. Lundy J S, Gage R P – "P A R" Spells better care for postanesthesia patients (reprint). Survey of Anesthesiology 23: 143 - 144, 1979.

Resumo de Literatura

FARMACOCINÉTICA DO NORCURON EM PACIENTES COM E SEM INSUFICIÊNCIA RENAL

Foi estudada a influência da insuficiência renal sobre a farmacocinética do norcuron em treze pacientes sob anestesia por halotano, óxido nitroso, assim distribuídos: a) cinco com insuficiência renal, que receberam $0,14 \text{ mg. kg}^{-1}$ da droga; b) quatro com função renal normal, que receberam a mesma dose acima; c) quatro com função renal normal, que receberam $0,28 \text{ mg. kg}^{-1}$ de norcuron.

Não se observaram diferenças significativas entre os pacientes com insuficiência renal e aqueles com função renal normal, no tocante a: 1 - meia-vida de distribuição; 2 - meia-vida de eliminação; 3 - volume de distribuição; 4 - depuração da droga; 5 - latência para o início do efeito bloqueador neuromuscular; 6 - duração do efeito; 7 - tempo de recuperação do bloqueio.

Os resultados levam à conclusão de que a excreção renal não é a principal via de eliminação do ORG NC45 (norcuron); este pode ter boa indicação como relaxante adespolarizante em pacientes com insuficiência renal.

(Fahey MR, Morris RB, Miller RD, Nguyen TL, Upton RA – Pharmacokinetics of ORG NC45 (Norcuron) in patients with and without renal failure. Br J Anaesth 53: 1049-1053, 1981).

COMENTÁRIOS: *Estudos experimentais anteriores mostraram que cerca de 45% da dose injetada de ORG NC45 são excretados intactos pela bile na primeira hora subsequente à administração, enquanto menos de 4% da dose são excretados intacto pela urina. Resta saber até que ponto estes achados experimentais pode ser transportados para o homem. De qualquer maneira, é realmente promissor o futuro deste relaxante quando se contempla o emprego em pacientes com insuficiência renal. (Nocite J R).*